

TERMO ADITIVO Nº 027/2017

PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 048/2016, CELEBRADO EM 19 DE MARÇO DE 2016 ENTRE A FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA ROSA E

CONTRATANTE:

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA ROSA - FUMSSAR, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o nº 01.273.946/0001-94, com sede na Rua Dr. Francisco Timm, 480, Santa Rosa, RS, neste ato representado pelo seu Presidente, Sr. ANDERSON MANTEI, brasileiro, casado, CPF nº 460.300.420-68, residente e domiciliado em Santa Rosa, em pleno e regular exercício de suas funções.

CONTRATADA

IMUNOLAB LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS S/S LTDA., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 65.714.479/0001-73, com sede à Av. Pacaembu, 1261, na cidade de São Paulo, SP, neste ato representada pelo seu sócio, Sr. DANTE MÁRIO LANGHI JR., brasileiro, médico, CPF nº 043.747.718-59, CRM nº 53.178, residente e domiciliado em São Paulo, SP, em pleno e regular exercício de suas funções.

Têm entre si ajustado e contratado, em conformidade com o Processo Administrativo nº 537/2015, de 11/03/15, Edital de Dispensa de Licitação nº 04/2015 de 11/03/2016, da Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa e com a Lei nº 8.666/93 e suas alterações posteriores, as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA:

Fica prorrogado o Contrato celebrado entre as partes em 18/03/2016, pelo período de 12 (doze) meses, a contar de 18 de março de 2017, podendo ser renovado, havendo interesse das partes, mediante termo aditivo, nos termos da Lei 8.666/93.

CLÁUSULA SEGUNDA

As despesas dos serviços realizados por força do presente Termo Aditivo correrão à conta da rubrica orçamentária nº 16.3.0010.0272.0005.2143.3.3390.39 - Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica.

CLÁUSULA TERCEIRA:

As demais cláusulas do Contrato celebrado em 18/03/2016 permanecem inalteradas.

E por estarem justas e acordadas, as partes assinam o presente em 3 (três) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas.

Santa Rosa, 17 de março de 2017.

FUMSSAR
CONTRATANTE

IMUNOLAB
CONTRATADA

Testemunhas:

01) _____
Nome: _____
CPF: _____

02) _____
Nome: _____
CPF: _____